

LINDRIGT FÖRSTÅNDSHANDIKAPP SPÅRAS FÖR SÄLLAN PÅ BVC

Diagnos på vart femte barn före skolstart

Lindrigt förståndshandikapp är en av de vanligaste orsakerna till betydande funktionsnedsättning hos barn och ungdom.

Detta ställer krav på att barnet får anpassade pedagogiska insatser under skoltiden. Det är därför önskvärt att tillståndet påvisas före eller i nära anslutning till skolstart.

En studie visar att hos endast 22 procent var diagnosen ställd när barnet började skolan.

Mild mental retardation (MMR) eller lindrigt förståndshandikapp är en av de vanligaste orsakerna till permanent, betydande funktionsnedsättning hos barn och ungdom [1]. Det finns en allmän uppfattning om att funktionsnedsättningar bör påvisas tidigt. Ett skäl är förhoppningen om att tidig behandling, eller andra insatser, ska leda till bättre prognos. Även då direkt behandling ej kan erbjudas kan tidig upptäckt och information om barnets svårigheter leda till att föräldrar och lärare lättare kan anpassa sig till barnets förutsättningar [2]. Sådana överväganden ligger till grund för den uppspårande verksamhet som bedrivs inom barnhälsovården.

Det svenska programmet för hälsokontroller bygger på en tradition från kliniska undersökningar. Det innebär att befintliga anvisningar utgår från vilka undersökningsmoment som ska genomföras och inte från vilka tillstånd som ska påvisas. Indirekt går det dock att sluta sig till att ett syfte är att påvisa MMR. Utvecklingsbedömningar rekommenderas [3].

De tre viktigaste formerna av funktionsnedsättning, som uppfyller WHO's

kriterier för hälsokontroller [4] och som kan påvisas med hjälp av utvecklingsbedömningar, är mental retardation, cerebral pares (CP) och MBD/DAMP (minimal brain dysfunction/dysfunktion i fråga om avledbarhet, motorik och perception).

Svår mental retardation och svår CP skall ha påvisats före 12 månaders ålder [5]. MBD/DAMP påvisas i första hand vid den undersökning som genomförs vid fem och ett halvt års ålder. Det är därför rimligt att anta att ett av de främsta syftena med kontrollerna efter 12 månaders ålder är att påvisa MMR.

Det är också en bedömning man finner i internationell litteratur [6]. Enligt Hagberg bör ungefär hälften av barnen med MMR vara diagnostiserade vid 4 års ålder och vid 7–8 års ålder bör det stora flertalet barn med lindrigt förståndshandikapp ha diagnostiserats [7].

Värdet av BVCs insatser för att spåra MMR är dock inte klarlagt, och internationellt finns olika uppfattningar om värdet av utvecklingscreening [6, 8–9]. För att besvara frågan skulle det vara önskvärt att genomföra randomiserade experimentella studier, något som i praktiken inte är möjligt. Utbytet av BVCs insatser måste därför undersökas med andra metoder.

Vi har i denna studie valt att retrospektivt analysera utfall vid 4- och 5½-årsbedömningarna på BVC hos barn som senare fått diagnos MMR. Om barnhälsovårdens undersökningar är väsentliga för att spåra denna funktionsnedsättning, kan man förvänta sig att diagnosen till stor del ställs i nära anslutning till skolstart.

MATERIAL OCH METOD

MMR definierades enligt de diagnostiska kriterier som anges i DSM-IV [10] med a) ett psykometriskt kriterium baserat på intelligenskvot (IQ), och b) ett kriterium baserat på nedsatt förmåga hos barnet att möta omgivningens förväntningar med hänsyn tagen till åldern. IQ vid MMR definieras enligt DSM-IV som en nivå mellan 50 och 55 upp till approximativt 70. Den övre gränsen motsvarar relativt väl det lägsta stanine-värdet i WISC-testet [11],

som under den aktuella tidsperioden var det test som dominerade vid bedömning av IQ hos elever i skolåldern (stanine I motsvarar IQ <73). Tilläggsriteriet rör framförallt barnets sociala och kommunikativa förmåga och baseras på given information om barnet.

Den studerade populationen utgjordes av de 6 397 barn, som var födda 1979–1985 och bosatta i Botkyrka kommun i Stockholms län den 31 december 1994. Kommunen hade vid denna tidpunkt totalt 69 400 invånare. År 1992 var i den vuxna befolkningen 29 procent utrikes födda, vilket kan jämföras med 16 procent i Stockholms län [12]. Ungefär hälften av barnen som bodde i Botkyrka 1992 hade minst en förälder som var född utomlands. Av länets 24 kommuner är Botkyrka den kommun som har störst andel utrikes födda. Av andelen vuxna i åldern 25–64 år hade 37 procent grundskola som högsta utbildning; detta kan jämföras med 28 procent i hela länet. Endast två andra kommuner i länet har större andel individer med endast grundskola som utbildning [12].

Uppgifter från skola, sjukhus och kommun

Samtliga barn med MMR identifierades med hjälp av uppgifter från sarskolan, Huddinge sjukhus barnhabilitering, Omsorgsnämndens distriktskontor samt genom diskussioner med rektorer, skolsköterskor, skolpsykologer och lärare vid samtliga skolor. BVC-journalerna granskades och uppgifter från 4 års ålder och uppåt inhämtades angående förekomst av motoriska avvikelser, tal- och språkavvikelser, logopedkontakt, om barnet kunnat medverka vid 4-årskontrollens synprovning samt hur barnet klarat uppgifterna i utvecklingscreeningen vid 4 års ålder. Om barnet vid denna bedömning ej klarat tre eller fler uppgifter bedömdes positivt utfall föreligga.

På barnavårdscentralerna hade under de aktuella åren utvecklingscreening genomförts vid 18 månaders och vid 4 års ålder enligt de nationella anvisningarna i BVC-journalen. För barn födda 1983 och senare gjordes en utvecklingsbedömning vid 5½ års ålder

Författare

ELISABETH FERNELL
med dr, överläkare

SVEN BREMBERG
docent, barnhälsovårdsöverläkare;
barnkliniken, Huddinge sjukhus,
Huddinge.

enligt lokala anvisningar. Mindre grupper av barn har även utvecklingsbedömts vid 2–3 års ålder.

Studien var godkänd av etiska kommittén vid Huddinge sjukhus.

RESULTAT

82 barn uppfyllde kriterier för MMR, vilket motsvarar en prevalens på 12,8/1 000 barn i åldern 9–15 år. Fördelningen pojkar/flickor var 1,3:1 (47 pojkar och 35 flickor). 61 barn hade testats med WISC-test, varav 56 med den äldre versionen, med svensk standardisering från 1977 [11] och 5 med en nystandardiserad engelsk version från 1992. 20 barn hade testats med Griffith's utvecklingsskalor [13]. För 1 barn som testats i annat land var testmetoden okänd.

35 barn hade svensk mor, 4 barn hade finsk, 3 barn var adopterade och 40 barn hade moder som var född i utomnordiskt land. Majoriteten av barnen (N=66) var födda i Sverige.

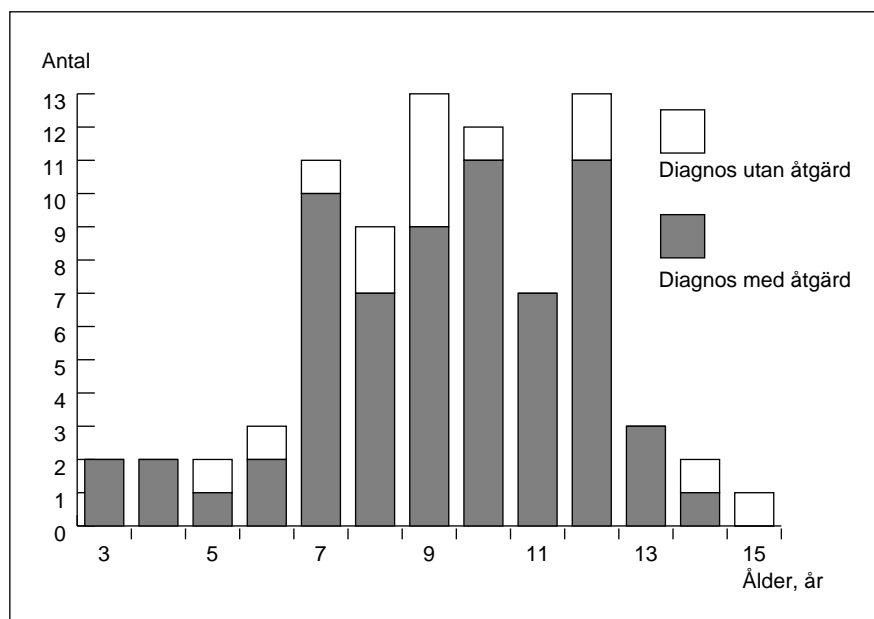
Diagnos borde avgöra skolplacering

Ålder då diagnos (testresultat i kombination med uppgifter om brister i socialt och intellektuellt fungerande) ställdes framgår av Figur 1 för 80 av de 82 barnen; för 2 barn saknades denna uppgift. För 67 av de 82 barnen hade testresultatet följts av åtgärd avseende skolplacering med hänsyn till barnets MMR. För de övriga 15 hade sådan åtgärd inte vidtagits. 18 barn hade fått diagnos och rekommendation om särskola före skolstart, 16 under lågstadiet, 29 på mellanstadiet och 4 på högstadiet. För 15 barn hade testresultat ej följts av information om diagnos och särskola. Två av dessa barn hade testats före skolstart, sju under lågstadiet, tre under mellanstadiet och två under högstadiet och för ett barn var ålder vid testtillfälle okänd.

BVC-journaler granskades på 47 av de 82 barnen. Barn som hade en regelbunden kontakt med barnhabilitering eller omsorgsnämnd före 4 års ålder (N=16), barn som kommit till Sverige efter 3 års ålder (N=13), barn vars BVC-journal ej gick att få fram (N=4) och två barn, som ej kom till 4-årskontrollen utslöts.

Många till logoped

26 av 47 barn (55 procent) hade ej klarat att medverka vid 4-årskontrollens synprovning, hos 19 barn (40 procent) hade motoriska avvikelser noterats, 27 barn (57 procent) hade en avvikande tal- och språkutveckling och av dessa hade 18 remitterats till logoped. Totalt 42 barn (89 procent) hade antingen inte klarat testuppgifterna i checklis-



Figur 1. Ålder vid diagnos hos 80 barn med mild mental retardation.

tan vid 4-årskontrollen eller så var utfallet ej angivet. 26 av de 42 barnen hade ej kunnat utföra tre eller fler av uppgifterna och för 16 barn var det uppnådda resultatet inte ifyllt alls.

Andra funktionsnedsättningar av typ CP förekom hos 5 av de 82 barnen (6 procent), Aspergers syndrom eller autistiska drag förekom hos 12 barn (15 procent).

58 av de 82 barnen var inskrivna i särskolan. Av dessa gick 35 barn i grundsärskolan och 23 barn var integrerade i ordinarie klass med 5 timmars undervisning från särskolan per vecka. Totalt 11 barn gick i andra specialklasser, 1 barn hade undervisning hemma och 12 gick i normalklass.

DISKUSSION

Förekomsten av MMR i den studerade kommunen var 12,8/1 000. I litteraturen redovisas en avsevärd variation i prevalens. Alltifrån 1–21,9/1 000 har angivits i svenska studier [14–17]. Denna stora spridning kan förklaras av att man använt skilda kriterier för definitionen av MMR, av att metoder för identifiering och test varierat samt av sociodemografiska skillnader mellan de undersökta populationerna. Den lägsta prevalensen (1/1 000) rapporterades av Grunewald 1979 och omfattar barn, ungdomar och vuxna med MMR registrerade inom Omsorgsnämnden (administrativt definierade) [14]. Den högsta svenska prevalenssiffran på 21,9/1 000 redovisades av Sonnander som studerat en population på ca 8 000 högstadieelever, vilka samtliga testats med ett specialkonstruerat begävnings-test [17]. Här har en rent psykometrisk definition använts till skillnad från DSM IV som innehåller ett kliniskt till-

läggsriterium. Siffran överensstämmer med den förväntade på 21,4/1 000 som skall erhållas om en totalpopulation testas och gränsen för MMR därefter sätts vid -2 SD.

Lågt socioekonomiskt status

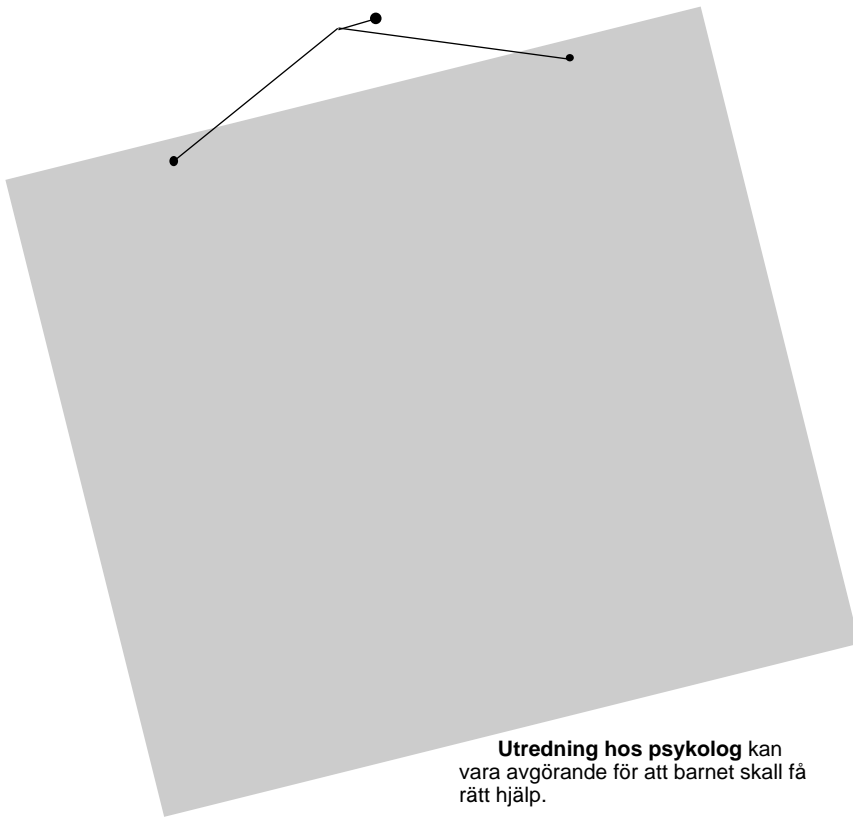
En tidigare svensk studie, metodiskt jämförbar med den föreliggande, rapporteras en prevalens på 3,7/1 000 för MMR [16]. En sannolik förklaring till den högre prevalensen i Botkyrka kommun är att familjerna har lågt socioekonomiskt status. I utländska studier har en cirka åtta gånger högre prevalens av MMR rapporterats i den lägsta socioekonomiska gruppen jämfört med den högsta [18].

Andelen barn med MMR, vars föräldrar hade utländskt ursprung, var 50 procent och skilde sig således inte från barnen i Botkyrka som helhet.

Frekvensen av CP var i detta material jämförbar med vad som tidigare rapporterats [19] och frekvensen barn med autistisk störning/Aspergers syndrom var jämförbar med Gillbergs undersökning [20].

För endast 22 procent av barnen hade MMR påvisats före skolstart. Ett centralt syfte med barnhälsovårdens undersökningar av barn efter 12 månaders ålder är att spåra MMR [8]. Situationen i den undersökta populationen är således otillfredsställande. Önskvärt vore att majoriteten av barn med brister i kognitiv förmåga identifierades inför skolstart.

Det finns flera tänkbara förklaringar till det aktuella läget. En är att de metoder som används inom barnhälsovården kan ha alltför låg sensitivitet. Mot detta talar förhållandet att det kan ha varit i



Utredning hos psykolog kan vara avgörande för att barnet skall få rätt hjälp.

det närmaste 90 procent av barnen, som ej klarat utvecklingscreeningen vid 4 års ålder. Vidare var även andra avvikelser, exempelvis bristande medverkan vid synkontroll, sen tal- och språkutveckling och motoriska avvikelser vanliga. Således hade barnhälsovården uppmärksammat att barnen var avvikande.

Svårt ta till sig sitt barns svaga förståndsformåga

Ett annat tänkbart skäl till att MMR sällan påvisats före skolstart kan vara att det är svårt för föräldrar att ta till sig uppgiften att barnets svårigheter rör förståndsformågan. Frågan kan även vara svår för personal att ta upp. Detta kan medföra att man inom barnhälsovården kanske undviker att gå vidare med psykologbedömning/utvecklingsbedömning och därmed även undviker att ta klar ställning till barnets problem. Man kan istället föredra att sätta in enstaka åtgärder, såsom placering av barnet på daghem eller att sätta in behandling av logoped. Ibland kanske andra, mindre laddade diagnoser, som MBD/DAMP diskuteras.

Ett annat tänkbart skäl, till att så pass få barn med MMR påvisas före skolstart, kan vara att tillståndet visserligen misstänks och åtgärder sätts in, men att detta inte dokumenteras i BVC-journalen. Tillståndets känsliga natur kan leda till att man inte öppet vill redovisa olika överväganden. Dock, om ett huvudsyfte med utvecklingsbedömningar på

BVC är att spåra MMR, är detta en långsökt förklaring.

Uppmanar till vaksamhet

MMR bör beaktas hos barn som visar brister i medverkan och/eller brister i tal-, språk- och motorisk utveckling, och i vissa fall bör detta föranleda utredning/utvecklingsbedömning av psykolog på barnavårdscentralen. Såväl doktor som psykolog bör ha möjlighet att diskutera uppkomna frågeställningar och fortsatt handläggning med motsvarande yrkeskompetenser inom omsorgsnämndens habiliteringscentra eller barnsjukvårdens habiliteringsenheter.

BVC har en mycket enhetlig utformning i Sverige. Detta talar för att fynden kan generaliseras till andra delar av landet. BVCs insatser när det gäller att spåra MMR och att sedan vidta åtgärder för diagnostisering förefaller emellertid otillräckliga. Det är möjligt att begränsningarna kan avhjälpas med utbildningsprogram och genom ökat samarbete mellan barnhälsovård, omsorgsnämndernas habiliteringscentra och barnklinikernas barnhabilitering. Om det på detta sätt går att öka andelen barn med MMR som spåras på BVC och som därmed kan diagnostiseras inför skolstart kan programmet försvaras.

Litteratur

1. Jakobsson G, Köhler L. Barns hälsa i Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen, 1991.

2. McConachie H, Lingham S, Stiff B, Holt K. Giving assessment reports to parents. Arch Dis Child 1988; 63: 209-10.
3. Socialstyrelsen. Hälsoundersökningar inom barnhälsovården. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:8. Stockholm: Socialstyrelsen, 1991.
4. Wilson J, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: WHO, 1968.
5. Socialstyrelsen. Kvalitetssäkring inom barnhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen, 1994.
6. Chamberlin RW. Developmental assessment and early intervention programs for young children: lessons learned from longitudinal research. Pediatr Rev 1987; 8: 237-47.
7. Hagberg B, Hagberg G. Neuropaediatric aspects of prevalence, aetiology, prevention and diagnosis. In: Clarke AM, Clarke ADB, Berg JM, eds. Mental Deficiency: the changing outlook. 4th ed. London: Methuen and Co Ltd, 1985.
8. Hall D, ed. Health for all children. A programme for child health surveillance, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1991.
9. Dworkin PH. British and American recommendations for developmental monitoring: the role of surveillance. Pediatrics 1989; 84: 1000-10.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. DSM-IV. 4th ed. Washington DC: APA, 1994.
11. Wechsler D. Wechsler Intelligence Scales for Children. Manual. Stockholm: Psykologiförlaget AB, 1969.
12. Regionplane- och trafikkontoret. Områdesdata 1994 för Stockholms län. Stockholm: Stockholms läns landsting, 1994.
13. Alin-Åkerman B, Nordberg L. Griffith's Developmental Scales I and II. Stockholm: Psykologiförlaget AB, 1980.
14. Grunewald K. Mentally retarded children and young people in Sweden. Integration into society: the progress in the last decade. Acta Paediatr Scand 1979; Suppl 275: 75-84.
15. Kebbon L. Relation between criteria: case-finding method and prevalence. Ups J Med Sci 1987; Suppl 44: 19-23.
16. Hagberg B, Hagberg G, Lewerth A, Lindberg U. Mild mental retardation in Swedish school children. I. Prevalence. Acta Paediatr Scand 1981; 70: 441-4.
17. Sonnander K. Svagbegåvade elever i den vanliga skolan. Socialmedicinsk tidskrift 1995; nr 6-7: 255-9.
18. Richardson S, Koller H. Mental Retardation. In: Pless B, ed. The epidemiology of childhood disorders. New York: Oxford University Press, 1994: 277-303.
19. Hagberg B, Kyllerman M. Epidemiology of mental retardation - a Swedish survey. Brain Dev 1983; 5: 441-9.
20. Gillberg C, Persson E, Grufman M, Themer U. Psychiatric disorders in mildly and severely mentally retarded urban children and adolescents: epidemiological aspects. Br J Psychiatry 1986; 49: 68-74.